

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 7

Contribution à l'Etude
de la
Syphilis post-traumatique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston COLLIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Février, 1904 à MIELLIN (Hte-Saône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA SYPHILIS POST-TRAUMATIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 7

Contribution à l'Etude
de la
Syphilis post-traumatique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston COLLIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Février 1904 à MIELLIN (Hte-Saône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques chirurgicales	MM. PIC.
Cliniques médicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIKIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président ; FAVRE, assesseur
 DUMAS et DUFOURT, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon infinie tendresse.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

*Professeur de Clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Officier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse; nous le prions de croire à notre
respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous apporter dans sa rédaction l'aide précieuse de ses conseils bienveillants, de son expérience et de son lumineux enseignement clinique.

Nous le prions de croire à toute notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS POST-TRAUMATIQUE

Introduction

De toutes les données dont s'est enrichi récemment le domaine de la Syphiligraphie, l'une des plus discutées fut celle de la Syphilis post-traumatique. Le rôle du traumatisme en tant qu'agent provocateur et localisateur de manifestations dûment spécifiques chez des syphilitiques antérieurement contaminés, constituait cependant un fait d'observation ancienne, les premières études précises sur ce sujet remontant à Verneuil, en 1863. Mais la question ne devait s'imposer avec toute l'importance qu'elle méritait, qu'à la faveur des traumatismes de la guerre de 1914, et de nombreux cas de syphilis post-traumatique furent alors observés. Leur publication fut immédiatement suivie de controverses, certains auteurs admettant, d'autres, au contraire, niant la réalité de semblables lésions.

Actuellement, bien que l'accord ne soit pas absolu, l'influence du traumatisme sur la production de ma-

nifestations syphilitiques est de plus en plus admise. M. le Professeur Agrégé Favre, en ayant observé plusieurs cas, a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous proposer à la lumière des faits, d'apporter une contribution à l'étude de la question.

CHAPITRE PREMIER

Définition, considérations générales et historique

Sous la dénomination de « SYPHILIS POST-TRAUMATIQUE », nous n'entendons désigner que les *manifestations syphilitiques ayant pour point de départ un traumatisme, chez des sujets déjà en puissance de syphilis, héréditaire ou acquise.*

Nous écartons donc de ce travail les cas d'infection syphilitique à l'occasion d'une solution de continuité tégumentaire ou muqueuse. Le fait est d'observation bien connue et, à lui seul, renferme presque toutes les circonstances étiologiques de la contamination syphilitique, la pénétration du tréponème se faisant à la faveur d'une effraction traumatique souvent infime.

Devant l'extension prise par la notion du traumatisme dans la terminologie médicale, nous croyons devoir préciser quelles en sont les variétés que

nous voulons envisager. Le syphilitique peut, en effet, comme quiconque, présenter des plaies par instruments piquants ou tranchants, des plaies contuses, des brûlures, subir des fractures et des luxations, etc..., en somme, des *traumatismes externes*. Il peut aussi subir des *traumatismes internes*, comprenant tous les « chocs » résultant d'un accès fébrile, d'une hypertension subite, de l'introduction dans l'organisme de substances diverses, etc... Ces traumatismes d'un genre particulier, seraient susceptibles, chez des syphilitiques, de provoquer des manifestations spécifiques au niveau des organes intéressés, et, ainsi compris, le terme de Syphilis post-traumatique serait considérablement étendu.

Quelles sont, en effet, les manifestations syphilitique qui ne reconnaîtraient pas, à leur origine, un traumatisme au sens très général du mot ? En poussant aussi loin les choses, certains auteurs ont montré que les atteintes viscérales de la syphilis sont, d'ordinaire, provoquées par un agent traumatique physique, chimique ou même physiologique, et en donnent quelques exemples : la néphrite syphilitique apparaît fréquemment à la suite d'un coup de froid ; la cirrhose alcoolique du foie, dans les cas où elle est de nature syphilitique, serait consécutive à ce traumatisme si particulier, l'ingestion d'alcool (Milian).

La notion du *traumatisme physiologique* étend encore la syphilis post-traumatique à toute une autre série de lésions. La plupart de nos organes sont, en effet, soumis, au cours de leur fonctionnement nor-

mal, à des actions traumatiques d'ailleurs difficiles à définir, auxquelles il faudrait attribuer les différentes localisations de l'infection. Nous devrions donc, pour n'en donner qu'un exemple, ranger dans ce cadre les manifestations si fréquentes de la syphilis au niveau des veines des membres inférieurs, décrites par notre Maître, M. le Docteur Favre, sous prétexte que la paroi veineuse est soumise là au traumatisme incessant réalisé par le poids, la stase du sang et les contractions des muscles de la région.

On voit immédiatement quels immenses horizons seraient ouverts à la question et aussi la fatale exagération où l'on pourrait tomber. Seule, à notre avis, mérite de rentrer dans le cadre de la Syphilis post-traumatique une catégorie très spéciale de traumatismes physiologiques : nous voulons parler de ceux qui surviennent à l'occasion de la marche. Incontestablement, celle-ci peut provoquer au niveau du pied, des manifestations syphilitiques et des cas très caractéristiques en ont été publiés, notamment celui de Giacardy et Lodeon (*Soc. Dermat. et Syphil.*, 10 juin 1926 : il s'agit d'un sujet syphilitique qui avait entrepris à pied le tour du monde). M. le Docteur Favre, a lui-même observé un cas analogue chez un chemineau, avec apparition à la plante du pied d'une ulcération et de lésions syphilitiques d'ostéo-périostite des métatarsiens.

Néanmoins, les objections sont faciles à opposer : on conçoit aisément, en ce qui concerne ces traumatismes internes et physiologiques, la trop grande part laissée à l'interprétation et la difficulté d'établir

de façon précise le rôle de l'agent traumatique dans la genèse de ces manifestations. Aussi les laisserons-nous volontairement de côté et proposons-nous de réserver le terme de Syphilis post-traumatique aux manifestations spécifiques provoquées chez des sujets antérieurement contaminés, par la seule catégorie des TRAUMATISMES EXTERNES, ACCIDENTELS, DONT ON PEUT NETTEMENT PRÉCISER LA NATURE, L'INTENSITÉ ET LE POINT D'APPLICATION.

Ainsi délimitée, la question n'est pas neuve. Sans que des études bien nettes aient été faites, on connaissait depuis longtemps la lenteur de cicatrisation des plaies dans certains « états constitutionnels » et, en particulier, dans la syphilis. Virchow, Cornil avaient montré l'importance des contusions dans la production des lésions osseuses syphilitiques. Mais c'est surtout à Verneuil que l'on doit les premiers travaux mettant le mieux en lumière l'influence du traumatisme sur la marche et les manifestations de la syphilis. Dans ses *Mémoires de Chirurgie*, au tome V, intitulé : « Traumatisme et Syphilis », non seulement il envisage le retard de cicatrisation des plaies chez les syphilitiques et leur fréquente transformation en « ulcères », mais il montre que « très souvent le traumatisme met une syphilis latente en activité et devient le point de départ, la cause occasionnelle de manifestations les plus inattendues, qui s'accumulent autour du point lésé et même se généralisent ».

L'auteur, après un aperçu historique très complet,

cite de nombreuses observations qui servirent de base à la thèse de son élève L. H. Petit, en 1875.

Le problème fut ainsi bien posé par Verneuil, et si l'on veut se rendre compte à quel stade il était parvenu vers 1905, on ne peut avoir d'idées plus précises qu'en se reportant au livre de Fournier, *Traité de la Syphilis*, période tertiaire, où le grand syphiligraphie s'exprime ainsi : « Un troisième groupe étiologique comprend nombre de causes extérieures susceptibles de servir d'incitation au tertiarisme... Figure ici le traumatisme qui, d'une façon indiscutable, a servi maintes fois d'origine, de prétexte à des modalités diverses et parfois des plus curieuses ». Après avoir cité de nombreux cas (contusions, fractures, brûlures, plaies opératoires) pour appuyer son opinion, l'auteur conclut ainsi :

« Possibilité indéniable pour une plaie quelconque affectant un sujet syphilitique, de subir l'influence de la diathèse et de dégénérer en une plaie syphilitique ; mais rareté de telles dégénérescences. »

Telle est l'opinion de Fournier et elle est en tous points comparable à celle de Stolper, en Allemagne, vers la même époque. Bien que soulevée d'une manière aussi remarquable, il ne semble pas, qu'en fait, la question ait pris l'importance qu'elle méritait et c'est à peine si, par la suite, quelques rares auteurs en font mention dans leurs travaux.

Quelques années plus tard, la guerre allait fournir le vaste champ d'observations que l'on sait, aux recherches de tous ordres, dans tous les domaines. La Syphiligraphie, enrichie de travaux à peine anté-

rieurs au début du conflit, comme la découverte du tréponème, celle des réactions sérologiques, celle d'agents thérapeutiques d'une merveilleuse efficacité, était à même de profiter de l'expérimentation forcée faite, au point de vue des traumatismes de tous ordres, sur les syphilitiques mobilisés et les observations de Syphilis post-traumatique furent assez fréquentes. De 1915 à 1924, une soixantaine de cas valables furent publiés; ils sont cités dans l'index bibliographique qui fait suite à ce travail. Ils furent d'ailleurs rassemblés et étudiés dans un remarquable chapitre du livre de M. Cl. Simon « Questions actuelles de Syphiligraphie », et firent l'objet d'un rapport du même auteur à la *Réunion Dermatologique de Strasbourg*, en mai 1926.

Ces cas furent diversement interprétés. Certains auteurs, sans vouloir amoindrir la valeur de ceux qui les publièrent, ni critiquer leurs moyens d'investigation clinique, cherchèrent à montrer qu'on était fréquemment en présence d'erreurs de diagnostic, facilitées par les examens trop hâtifs et la simulation souvent observée pendant la guerre. En janvier 1925, Thibierge, dans un article paru dans la *Gazette des Hôpitaux*, critiquait ces observations; en se plaçant surtout à un point de vue médico-légal que nous ne voulons pas envisager ici, et tout en admettant la possibilité, très rare à son avis, de lésions osseuses syphilitiques consécutives au traumatisme, il se proposait de « montrer que le traumatisme ne provoque pour ainsi dire jamais le développement de syphildes à localisation primitivement dermo-hypodermique ».

Les opinions, pour ou contre l'existence de la Syphilis post-traumatique, firent l'objet de controverses, principalement à la *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Mais l'attention une fois attirée sur ces faits, les observations publiées de 1925 à 1927 furent loin d'être exceptionnelles et, actuellement, la réalité de la Syphilis post-traumatique est de moins en moins contestée.

Nous nous proposons, dans ce travail, en publiant les observations de M. le Docteur Favre, d'apporter des preuves cliniques de l'existence indiscutable de ces lésions. Nous les classerons ensuite, et nous étudierons leurs conditions d'apparition au point de vue pathogénique. Nous chercherons enfin, dans une étude d'ensemble, à dégager quelles sont les notions pratiques qui doivent rester du problème.

Il est à remarquer que nous n'avons pas observé de cas de traumatisme externe atteignant un viscère et y provoquant des manifestations syphilitiques. Si l'on en excepte certains cas, rares d'ailleurs, de sarcocèles syphilitiques post-traumatiques, nous n'avons pas trouvé, dans les travaux déjà publiés, d'observations de cet ordre. Nous bornerons donc notre étude à la SYPHILIS POST-TRAUMATIQUE OSSEUSE, ARTICULAIRE ET TÉGUMENTAIRE.

Quelques cas de syphilis nerveuse, provoquée ou aggravée par le traumatisme, ayant été publiés, ainsi que des manifestations oculaires syphilitiques après des interventions, nous signalerons également ces localisations particulières.

CHAPITRE II

Observations

Nous proposant d'exposer, dès le début de ce travail, des faits caractéristiques de lésions syphilitiques post-traumatiques, nous rapportons ici six observations recueillies par M. le Professeur Agrégé Favre dans son service hospitalier.

OBSERVATION I

X... est blessé en Syrie à l'avant-bras droit par une balle qui provoque une fracture des deux os; à la suite de la blessure, la plaie se cicatrise très lentement, mais surtout il persiste une absence de consolidation de la fracture du radius et du cubitus et une pseudarthrose s'établit.

De retour en France, le blessé subit une première opération destinée à coapter les surfaces osseuses et à guérir la pseudarthrose. L'intervention est effectuée sui-

vant toutes les règles par un chirurgien très au courant de la chirurgie osseuse et qui assure le malade d'un résultat rapide et certain. L'événement ne justifie pas son pronostic et l'on constate bientôt que, le plâtre enlevé, la pseudarthrose persiste.

Une nouvelle intervention est pratiquée quelques semaines plus tard avec un soin tout particulier par un des maîtres de la chirurgie. Le résultat n'est pas meilleur que celui de la première opération. C'est après l'échec de ces deux tentatives que M. Favre voit le blessé venu pour lui donner des nouvelles de son père que le Docteur Favre avait traité fort tardivement pour un tabès avancé à grande ataxie. Après avoir écouté l'histoire du jeune malade, M. Favre demande à l'examiner. Il s'agit d'un jeune garçon pâle et d'aspect malingre; on ne constate pas chez lui de stigmate net de syphilis héréditaire, sauf l'absence d'appendice xyphoïde et l'existence d'une tuméfaction légère, mais nette de la rate. Le fait le plus important est la notion du tabès du père.

Une troisième intervention ayant été proposée, M. Favre conseille de ne pas l'entreprendre avant qu'un traitement préalable ait été institué. On fait alors au blessé une série de six injections d'arsénobenzol en même temps qu'on lui administre du sirop de Gibert.

Les effets de cette médication sur l'état général se manifestent bientôt par la reprise du poids, par la coloration du visage, une importante amélioration des forces. L'intervention est alors pratiquée par un chirurgien dont c'étaient les débuts en chirurgie osseuse. A sa grande satisfaction et à celle plus grande encore du blessé, le résultat opératoire est rapide et complet. Quelques semaines plus tard, le blessé était renvoyé dans sa famille avec un résultat physique et fonctionnel absolument complet.

OBSERVATION II

Mme B..., cuisinière, entre dans le service du Docteur Favre à l'Hôtel-Dieu pour fatigue générale et parce qu'elle est atteinte de plaies apparues sur le membre inférieur gauche depuis quelques mois et que l'on n'a pas pu jusqu'ici réussir à faire cicatriser.

La malade dit que ces plaies sont survenues à la suite de brûlures; elle a été éclaboussée par la chute d'un récipient d'eau bouillante. C'est sur les brûlures ou plus exactement sur certaines d'entre elles que se sont développées des ulcérations chroniques qui inquiètent la malade.

A l'examen, on constate que ces ulcérations, d'ailleurs peu nombreuses, n'ont aucun caractères de brûlures. Arrondies, taillées à pic, à fond jaunâtre, elles ressemblent tout à fait à des gommes.

La réaction de Wassermann pratiquée se montre d'ailleurs positive et le traitement produit en quelques jours la cicatrisation des lésions jusque là rebelles à la thérapeutique.

Il est à noter que les brûlures auxquelles la malade faisait remonter les accidents cutanés avaient été légères; c'est peu à peu et seulement sur certaines d'entre elles que se sont développées les trois gommes qu'elle présentait en entrant à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION III

D..., 26 ans, voiturier, entre dans le service du Docteur Favre pour un ulcère chronique à la jambe droite, le 8 octobre 1924.

Rien à signaler dans les antécédents.

Le début de l'affection remonte à 18 mois : le malade reçut un coup de pied de cheval sur la face antéro-

externe de la jambe droite à 5 cm. au-dessus des malléoles. Une ecchymose apparut, et le malade demeura 15 jours au lit; à ce moment, il vit survenir sur la région traumatisée, une grosseur du volume d'une noix, dure, ne roulant pas sous le doigt et recouverte de téguments noirâtres. Cette tuméfaction arriva peu à peu aux dimensions d'un œuf, tout en restant indolore.

En septembre 1923, 6 mois après le traumatisme, cette grosseur finit par s'ulcérer par son sommet, laissant s'échapper un liquide sirupeux, louche, sans odeur. La tuméfaction primitive disparut rapidement et fit place à une ulcération rebelle à toute cicatrisation depuis un an.

A l'entrée, cette ulcération siège sur la partie inférieure de la face antéro-externe de la jambe droite, à 5 cm. au-dessus du dos du pied. Elle est ovalaire, à grand axe vertical, mesurant 5 cm. de long sur 2 de large; le fond présente des bourgeons charnus rouge vif, les bords sont saillants, non décollés et surmontent le fond de l'ulcération de quelques millimètres. A la périphérie, les téguments sont souples, sans pigmentation particulière; pas de cellulite douloureuse. Assez loin de l'ulcération, sur la moitié inférieure de la jambe, on note quelques îlots de dermite pigmentée.

L'examen général ne révèle aucun signe pathologique.

Note du Docteur Favre: 17 décembre 1924.— L'ulcère présenté par D... a été remarquable par son extrême ténacité et son étendue. Si la notion d'un traumatisme peut être relevé au début de ces accidents, elle n'explique guère le développement d'une tuméfaction lentement évolutive, indolore, ayant atteint le volume de la moitié d'un œuf de poule en quelques mois. Il en est sorti spontanément très peu de pus et cette grosseur s'est ensuite affaissée pour se transformer en un ulcère présenté par le malade à son entrée.

L'extrême résistance aux thérapeutiques communes, la notion de cette tuméfaction anormale précédant l'évolution des lésions cutanées nous fit rechercher attentivement s'il n'existait pas une infection générale susceptible d'expliquer la curieuse évolution de l'ulcère. La radiographie pratiquée donna des résultats inattendus. Du côté gauche, pas d'altération osseuse. Par contre, à la jambe droite, les altérations osseuses sont très accentuées; sur toute la hauteur du tibia et du péroné, des périostites bossèlent l'os, l'engainent de coulées très étendues qui remontent au-dessus de la lésion cutanée, dans le tiers supérieur de l'os.

On ne trouve en faveur d'une hypothèse de syphilis aucun autre argument que ces réactions osseuses et des troubles de l'évolution dentaire (microodontisme, écart des incisives médianes supérieures). La réaction de Wassermann est négative.

On institue néanmoins le traitement antisyphilitique: 4 gr. d'iodure de potassium et 2 pilules bleues par jour. En plus, le malade a reçu 5 injections de novarsenobenzol et 2 de quinby.

Le malade quitte le service le 7 décembre : après un mois de traitement antisyphilitique, cette ulcération qui avait résisté pendant plus d'un an au repos et aux thérapeutiques locales, est complètement cicatrisée.

OBSERVATION IV

J..., 50 ans, manœuvre, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 mars 1926, pour une cicatrice de phlegmon au bras droit, qui ne guérit pas.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Marié, deux de ses enfants sont morts à 7 et 11 ans de méningite; depuis, sa femme a eu deux fausses couches.

Nie la spécificité, mais sa femme présente un nez à squelette effondré, odeur ozéneuse; perforation du voile du palais.

En octobre 1925, le malade se brûle l'avant-bras droit; celui-ci enfle, devient douloureux, et J... entre à l'Hôtel-Dieu à Saint-Sacerdos où on l'opère. Il en sort en décembre : sa plaie n'est pas cicatrisée et il souffre du poignet et du coude.

A l'entrée dans le service du Docteur Favre, le malade présente sur le bras droit 2 longues cicatrices opératoires : l'une à la face antéro-externe du bras, mesure 25 cm. et de la partie supérieure du membre se termine à 4 cm. environ au-dessous de l'olécrane; — l'autre sur la partie postérieure et moyenne de l'avant-bras, mesure 12 cm.; elle est bordée d'ilots de pigmentation, réalisant par places des macules leucodermiques.

La cicatrice supérieure, au niveau de la région latéro-olécranienne, s'ouvre pour donner naissance à une ulcération ovalaire de 5 cm. environ de hauteur sur 1 de largeur. Elle est rouge, bourgeonnante, sans décollement des bords, suppure peu, adhère aux plans profonds.

Le malade accuse une impotence absolue du bras : léger œdème de la main; les doigts sont demi-fléchis. L'immobilisation du poignet est à peu près complète; cette articulation est tuméfiée. La douleur existe non seulement au niveau de l'interligne, mais aussi sur le dos de la main.

La palpation permet de sentir, sur les deux os de l'avant-bras, particulièrement sur le cubitus, des périostites étendues, dont on apprécie facilement les saillies par comparaison avec le côté opposé.

L'examen général ne révèle aucun signe pathologique; les réflexes existent. La pupille gauche réagit par resseusement à la lumière.

Note du Docteur Favre, 15 mars 1926. — Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une brûlure assez légère, a présenté un phlegmon très étendu, puis des ulcérations chroniques, enfin des accidents ostéo-articulaires d'une gravité telle qu'il était, à son entrée dans le service, privé de l'usage de son bras droit. Le point de départ de ces accidents a été insignifiant par rapport à ce qui l'a suivi.

Le chirurgien qui a opéré ce malade, nous dit qu'il s'est agi d'une suppuration étendue, mais non profonde et qu'il ne s'explique pas les accidents ostéo-articulaires qui se sont développés, ni la persistance d'ulcérations cutanées rebelles que rien ne parvenait à modifier.

La radiographie pratiquée montra l'existence, constatée déjà à l'examen clinique, de périostites nettes du radius et du cubitus, particulièrement dans leur partie moyenne et sur leur bord interne.

La cause d'accidents aussi étranges et disproportionnés avec le traumatisme initial nous eût certainement échappé sans la circonstance fortuite qui fit accompagner le malade par sa femme. Celle-ci était atteinte de lésions étendues du squelette nasal ; elle était affligée d'un ozène d'une repoussante odeur et présentait une perforation du voile du palais. Ce ménage avait eu deux enfants morts en bas âge de méningite, puis la femme avait fait deux fausses couches.

L'idée d'une relation possible entre l'existence d'une infection syphilitique et les accidents divers jusqu'ici inexpliqués, vint à notre esprit. Une réaction de Wassermann pratiquée chez le mari montra par son résultat très positif que nous étions dans la bonne voie. Le traitement d'épreuve allait le montrer bien mieux encore.

Dès les premiers jours du traitement, un changement frappant put être constaté. Les ulcérations cutanées qui duraient depuis des mois, se rétrécissent à vue

d'œil. L'effet sur les douleurs articulaires est non moins rapide : les articulations du coude et du poignet, jusque-là immobilisées, tuméfiées, douloureuses, se libèrent avec une surprenante rapidité, à la grande surprise du malade et de ceux qui l'ont soigné dans le service de chirurgie. L'état général s'améliore parallèlement. Un mois après le début de la cure antisypilitique (sirop de Gibert et injections de novarsenobenzol), la transformation était radicale.

Les ulcérations étaient cicatrisées, les articulations avaient repris leur aspect normal et leur amplitude habituelle. Il est intéressant de signaler dans ce cas trois faits de grande valeur : 1° l'intensité des réactions périostiques et osseuses ; 2° la non cicatrisation des plaies opératoires ; 3° les modifications pigmentaires très apparentes développées sur la peau du membre atteint et créant des aspects leuco-mélanodermiques dont nous avons sur d'autres malades relevé l'importance.

Le malade a dû sa guérison à la circonstance qu'il fût une fois accompagné par sa femme et que celle-ci présentait des accidents éclatants de syphilis tertiaire mutilante du nez. Sans cela, chez ce malade venu nous demander un avis et que nous ne pouvions examiner que quelques instants à la consultation, nous n'eussions peut-être pas songé à incriminer la syphilis et J... serait à coup sûr, un infirme définitif. Ces faits prouvent l'importance de l'enquête familiale : c'est parfois sur la femme et les enfants que se révèle la syphilis cachée du père.

OBSERVATION V

T..., 48 ans, maçon, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 décembre 1926 pour des manifestations cutanées douloureuses au niveau des deux jambes.

Aucun antécédent pathologique à signaler.

Le malade fait remonter l'origine de son affection à deux traumatismes subis au cours de la même journée, en octobre dernier. Le matin, en déchargeant une caisse il aurait eu une forte contusion du tiers moyen et externe de la jambe droite. Le soir, une chute dans la rue détermina des plaies sur les deux jambes. A cette occasion, il fut admis à l'Hôtel-Dieu dans un service chirurgical où seules les plaies de la jambe droite parurent importantes; l'observation prise alors s'exprime ainsi : « On constate des plaies superficielles sur les deux jambes; en particulier, à la jambe droite, une blessure siège au niveau de la face externe du péroné; cliniquement, pas de signe de fracture, la radiographie n'a pas été faite. »

Le malade fut dirigé sur Longchêne au bout d'une dizaine de jours. La cicatrisation de la jambe droite fut obtenue par des pansements antiseptiques, mais il apparut à son niveau une douleur intense, spontanée, apparaissant même au repos et que la moindre pression sur le péroné exagérait. A gauche la plaie ne se cicatrisa pas, s'entourant de manifestations pigmentaires et purpuriques.

A sa sortie de Longchêne, le malade fut envoyé dans le service du Docteur Favre. A l'examen, on note au niveau de la *jambe gauche*, un large placard érythémato-squameux rougeâtre, recouvert de petites squames avec de fines érosions superficielles. La vitropression montre de petits îlots purpuriques par places très serrés. Ce placard s'étend sur les deux faces interne et externe de la jambe, dans sa partie inférieure. Il est rougeâtre et légèrement exulcéreux sur le versant interne, parakératosique et légèrement pigmentaire sur le versant externe. L'aspect n'est pas celui d'un eczéma ordinaire : la lésion est sèche, largement étendue en surface, l'infiltration sanguine intradermique est certaine.

Au niveau de la *jambe droite*, on note la cicatrice d'une plaie ayant porté sur la face externe du péroné, à un travers de main au-dessus de la malléole externe. Il existe là des lésions pigmentaires et leucodermiques d'aspect curieux. On est frappé de la douleur persistante dont le péroné est le siège : elle est spontanée, avec des paroxysmes aigus à type ostéocope; elle se manifeste même au repos, principalement pendant la nuit et gêne le sommeil. A la pression, elle est tellement vive qu'elle rappelle celle d'une fracture. La pulpe du doigt promenade à ce niveau donne une impression raboteuse et inégale ; on note une tuméfaction importante et irrégulière du péroné.

L'examen viscéral ne révèle aucun signe pathologique. Celui du système nerveux montre des réflexes pupillaires normaux; les réflexes rotuliens existent, mais les achilléens sont irréguliers, parfois abolis; les réflexes mérdo-plantaires sont abolis.

La réaction de Wassermann est négative.

Une radiographie de la jambe droite pratiquée, on voit des lésions du péroné que l'examen clinique n'avait pas permis de supposer aussi importantes. Sur presque toute la hauteur du péroné, on note d'énormes lésions d'ostéo-périostite, donnant à l'os un aspect renflé très net; son épaisseur est double de celle qu'il présente dans sa partie supérieure restée saine. Ses bords sont changés en des lignes sinueuses à incurvations multiples. Sur toute la longueur de ce renflement le canal médullaire se voit mal, par places il est complètement opaque; dans toute cette région existent des alternatives de condensation et de raréfaction du tissu osseux. Le tibia ne présente aucune modification.

Devant l'importance de ces lésions osseuses et leur aspect, devant l'existence de lésions pigmentaires et purpuriques et de cette douleur si particulière au niveau de ces régions anciennement traumatisées, on songe à

une infection générale pouvant seule expliquer ces manifestations disproportionnées avec l'accident initial. Les perturbations des réflexes achilléens et médio-plantaires confirment encore cette hypothèse.

Un traitement antisypilitique est institué : six injections de novarsenobenzal. Une nouvelle réaction de Wassermann est encore négative. Les résultats de cette thérapeutique furent extrêmement nets; le 25 décembre, 2 jours avant la sortie du malade, le Docteur Favre faisait noter :

Sous l'influence du traitement, les lésions périostiques douloureuses du péroné droit, qui ne pouvaient supporter aucun contact, sont devenues absolument indolores et la tuméfaction à surface inégale qu'elles formaient, a nettement diminué. Il faut insister encore sur les lésions leucodermiques et pigmentées qui se sont développées au niveau de l'éraflure tégumentaire et à distance d'elle. Quant aux lésions cutanées de la jambe gauche, il s'agit certainement d'une poussée d'angiodermite pigmentée et purpurique qui sous l'influence du traitement interne et des topiques locaux, a rétrogradé.

Le 27 décembre, le malade quitte le service, guéri et reprend son travail. Il est revu le 23 mai 1927 à l'occasion d'une légère récidence de la lésion tégumentaire de la jambe gauche. Au niveau de la jambe droite, la palpation est absolument indolore et ne révèle plus de tuméfaction osseuse; le malade déclare ne plus avoir ressenti de phénomènes douloureux.

OBSERVATION VI

M..., 46 ans, employé au P.-L.-M., entre à l'Hôtel-Dieu le 13 juin 1927 pour une ulcération de la jambe gauche.

Rien à signaler dans les antécédents, sauf le décès d'une sœur à 45 ans, hémiplegique depuis un an. Marié

en 1909, le malade a un seul enfant, né après une grossesse de 7 mois; la femme n'a pas eu de fausses couches.

L'ulcération nécessitant l'hospitalisation de M..., a débuté en août 1925; le malade tomba sur le bord d'une plaque tournante et se fit une plaie superficielle à la face interne de la jambe gauche. Depuis, cette plaie ne s'est jamais cicatrisée; à la suite de traitements locaux, il s'est formé plusieurs fois une pellicule noirâtre sans qu'il y ait restitution complète des téguments au niveau de la plaie initiale. Puis apparut tout autour de l'ulcère une vaste plaque brunâtre avec des zones violacées; deux petites ulcérations ovalaires se développèrent au voisinage et mirent longtemps à se cicatriser. Le malade signale qu'à plusieurs reprises, la nuit, il est réveillé par une violente douleur, fugace, au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche.

A l'entrée, on note au niveau de la face interne de la jambe gauche, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, une petite ulcération de 1 cm de longueur, ovale, à bords nets et réguliers, non décollés, à fond rouge; elle est légèrement adhérente aux plans profonds. Autour de la lésion existe avec les dimensions d'une paume de main, une zone où les téguments sont violacés et desquamants; en bordure, la coloration est brun clair.

A la face externe de la jambe, cicatrices blanchâtres des deux ulcérations apparues postérieurement à la lésion initiale traumatique. Il existe un léger œdème de la jambe et du pied.

Pas de signes de lésions viscérales, sauf l'existence d'une rate un peu augmentée de volume.

En somme, il s'agit d'un malade présentant depuis plus d'un an, une ulcération de la jambe, apparue après un traumatisme, rebelle à la cicatrisation et s'accompagnant d'une vaste zone de dermite pigmentée et purpurique.

Note du Docteur Favre, 22 juillet 1927. — Le malade est entré dans le service, atteint d'accidents ulcéreux de la jambe gauche, au tiers moyen, consécutif à un traumatisme ayant porté vers le bord antérieur du tibia. Le traumatisme s'est rapidement accompagné de modifications à distance inexplicables par cette seule étiologie. L'ensemble des modifications tégumentaires s'étend sur une zone de 12 cm. de hauteur; à côté de l'ulcération traumatique, deux autres plaies sont apparues, l'une à la face externe du membre, l'autre sur le bord antérieur du tibia; elles furent longtemps sans se cicatriser. Quant à l'ulcération traumatique proprement dite, lorsque le malade est venu demander conseil, elle est encore ouverte, à fond rouge; elle s'accompagnait d'un épaissement de tout le placard pigmenté et purpurique et de douleurs très marquées.

L'existence de ces singulières ulcérations sans rapport avec un traumatisme très localisé qu'elles débordent largement, la netteté de l'aspect des lésions cutanées pigmentées et purpuriques fait instituer un traitement antisypilitique qui amène la cicatrisation des lésions et la disparition des douleurs. Il existe encore un peu d'épaississement dermique et l'activité de la lésion se traduit encore par de petits points purpuriques dans la cicatrice. Sur le dos du pied se sont développées de nombreuses varicosités en réseau et sur leur trajet de petites plaques rouge violacé qui sont comme les feuilles de ces arborisations vasculaires et disparaissent par la pression du doigt pour se remplir ensuite instantanément. L'aspect est celui d'angiomes maculeux, développés le long d'un réseau de varicosités néoformées; ces singulières productions se prolongent sur la région malléolaire externe.

La réaction de Wassermann pratiquée le 21 juillet est négative. L'examen général ne révèle pas de signe pathologique viscéral autre qu'une rate un peu grosse.

CHAPITRE III

Etude clinique et classification des lésions syphilitiques post-traumatiques

Lorsqu'on étudie les observations publiées, malgré la diversité des faits, malgré l'infinie variété des étiologies traumatiques, on peut remarquer que ces manifestations spécifiques sont souvent semblables et qu'elles peuvent être groupées d'une façon simple en utilisant leur localisation anatomique.

Nous essayerons donc, dans ce chapitre, de les classer de cette manière et, au lieu de donner une description clinique des lésions à propos de chacun des groupes, nous croyons préférable de rapporter, choisi parmi les plus typiques, un cas publié où ces lésions seront observées.

I. — Les syphilides post-traumatiques

Ce groupe des manifestations syphilitiques post-traumatiques à *localisation uniquement tégumentaire*, ne comprend qu'un petit nombre de cas publiés,

une quinzaine, car nous ne rangeons pas, dans cette catégorie, les faits où il existe des lésions osseuses sous-jacentes aux lésions cutanées.

Ces observations sont très comparables : il s'agit, en général, d'un traumatisme unique, violent (contusion, plaie contuse, plaie de guerre) atteignant un syphilitique ancien et suivi du développement *in situ* de manifestations qui sont toutes du type tertiaire. Presque toujours, ce sont des « *ulcérations syphilitiques* » ou des « *gommès ulcérées* », plus rarement des *syphilides tuberculeuses ou tuberculo-squameuses*.

Une observation caractéristique de ces lésions a été publiée récemment par MM. Gougerot et Filliol (Syphilis gommeuse post-traumatique après morsure de chien, *Soc. Dermat. et Syphil.*, 9 décembre 1926, p. 688) :

« Mme U..., vient consulter le 2 novembre 1926 pour une ulcération de la face interne de la jambe droite, consécutive à une morsure de chien, subie le 26 octobre. Cette morsure a déterminé, sur le moment, une étroite plaie transversale de 1 cm. de long, qui, dans les jours suivants, s'est rapidement élargie et approfondie.

A l'examen, on constate à la partie moyenne de la face interne de la jambe droite, une ulcération oblongue de 4×2 cm., formée de deux cercles confluent. Les bords rouge cuivre sont régulièrement arrondis, tracés au compas, taillés à pic; du fond bourbillonneux s'écoule un liquide puriforme et filant. L'ulcération est cerclée d'un halo rouge; sa

base présente une consistance ferme, pas d'adéno-pathie.

Le diagnostic pouvait être discuté entre une gomme syphilitique post-traumatique et un ecthyma nécrotique. Bientôt se confirme le diagnostic de syphilis : l'ulcération est devenue plus profonde, elle a un fond bourbillonneux et revêt l'aspect typique d'une ulcération spécifique.

Réactions de Wassermann et de Hecht positives.

La malade avoue enfin avoir eu, en 1921, un chancre vulvaire, reconnu à St-Lazare, et avoir été traitée, à ce moment, au novarsénobenzol et au bismuth; depuis, pas de traitement.

Une série de novarsénobenzol est alors commencée et, le 30 novembre, l'ulcération est comblée par des bourgeons charnus, presque cicatrisée. »

Dans ce groupe des syphilides post-traumatiques, nous signalerons une étiologie particulière: nous voulons parler des manifestations apparues après certaines manœuvres thérapeutiques, telles qu'*injections médicamenteuses, application de ventouses, de vésicatoires, de pointes de feu*. Ces faits sont assez nombreux dans la littérature, mais ils sont, en réalité, très rares, eu égard au fréquent emploi de ces méthodes thérapeutiques chez les syphilitiques. Fournier, avait signalé quelques cas de gommages apparues aux points où avaient été pratiquées des injections sous-cutanées de solutions médicamenteuses et, après lui, bien d'autres auteurs ont publié des cas analogues. Pour ne parler que des plus récents, citons 3 observations de Pasini et 3 autres de Gouge-

rot ; ce dernier a pris soin d'éliminer certaines causes d'erreur qui peuvent être objectées à la réalité de ces lésions : les abcès, les nécroses locales ne sont, en effet, pas rares à la suite de ces injections et, une fois ouverts, ils simulent parfaitement des gommes ulcérées.

Quant aux manifestations apparues à la suite de l'application de vésicatoires ou de ventouses, il s'agit, en général, de syphilitiques à la période secondaire, et nous citerons, à ce propos, une observation de Milián où, chez un homme présentant une syphilis secondaire généralisée et ayant contracté une bronchite, l'application de ventouses sèches et scarifiées fit sortir l'éruption papuleuse avec une intensité formidable, exactement aux points où elles avaient été placées.

En terminant cet aperçu des lésions de la syphilis post-traumatique cutanée, nous dirons quelques mots des *retards simples de guérison des plaies traumatiques ou opératoires chez les syphilitiques*. Ces faits sont extrêmement rares : nous n'avons pu en relever que 3 cas dans les bulletins de la Société de Chirurgie et ceux de la Société de Syphiligraphie (une observation de Toussaint, deux de Lapointe et Marbais). La région traumatisée, dans ces cas, est rebelle à toute cicatrisation, sans qu'il soit possible de dire que la plaie se soit transformée en ulcération syphilitique. Il n'existe, à son voisinage, aucune manifestation spécifique, et il s'agit uniquement, d'après certains auteurs, d'un retard de guérison causé par le terrain syphilitique. Le traitement conduit rapide-

ment à la cicatrisation de ces lésions, irréalisable malgré les pansements corrects et les thérapeutiques habituelles. Il ne semble donc pas, vu le petit nombre de cas publiés par les chirurgiens, que l'infection syphilitique soit une cause bien redoutable de non cicatrisation des plaies traumatiques ou opératoires.

II. — Manifestations osseuses syphilitiques post-traumatiques

Contrairement à l'opinion classique émise par Verneuil, puis par Fournier, les lésions osseuses syphilitiques *sans syphilides cutanées*, sont exceptionnelles après des traumatismes. Ces auteurs avaient observé l'apparition fréquente de *périostites*, de *périostoses* bosselant, déformant les surfaces osseuses; plus rarement, ils avaient signalé des *gommès* nettement circonscrites en plein tissu osseux, après des contusions atteignant des syphilitiques. Ils avaient insisté, dans l'étiologie de ces manifestations, sur le rôle du petit traumatisme souvent répété, parfois d'origine professionnelle.

Mais on ne retrouve pas, dans les travaux récents, l'observation fréquente de ces faits qui avaient permis à Verneuil de montrer l'influence du traumatisme sur l'apparition des manifestations syphilitiques. Broca, a publié quelques cas de lésions osseuses spécifiques au voisinage d'articulations traumatisées, mais ils sont discutables, et il n'y a guère de caractéristique qu'une seule observation, celle d'Ettinger,

où l'on note, après une chute grave sur l'épaule, l'apparition de manifestations localisées uniquement à l'humérus, ressemblant à celles de la maladie de Paget ou à celles de l'ostéomyélite gommeuse.

Les retards de consolidation des fractures et les pseudarthroses, chez les syphilitiques, paraissent aussi rares. Cl. Simon, n'a pu en trouver qu'une seule observation dans la littérature, publiée par Toussaint ; il s'agit « d'un officier hérédo-syphilitique qui, à la suite d'une chute de cheval, se fait une fracture fermée des deux os de la jambe. Malgré un traitement correct, au 80^{me} jour, une pseudarthrose se forme, qui fait place à un cal solide quand le traitement spécifique est institué ».

L'observation n° 1 de M. le Professeur Agrégé Favre, doit être rangée dans cette catégorie de lésions, et elle est donc particulièrement intéressante vu l'excessive rareté des faits de cet ordre. Rappelons qu'il s'agit d'un jeune officier hérédo-syphilitique qui eût une fracture par balle des deux os de l'avant-bras. Malgré plusieurs tentatives de consolidation, dont deux ostéosynthèses, le cal ne se forme que lorsque le Docteur Favre, ayant examiné le blessé, fait instituer un traitement antisiphilitique.

III. — Manifestations syphilitiques post-traumatiques localisées au tégument et à l'os sous-jacent

Le plus grand nombre des observations de Syphilis post-traumatique doit être rangé dans ce groupe :

il existe, en effet, dans la majorité d'entre elles, parallèlement aux manifestations cutanées, des lésions osseuses sous-jacentes. L'importance de ces dernières échappe souvent à l'examen clinique et il est nécessaire de recourir à l'épreuve radiographique. Aussi peut-on penser que si cette méthode de diagnostic avait été utilisée dans les cas publiés de manifestations syphilitiques uniquement tégumentaires, apparues à la suite de traumatismes intéressant et les plans cutanés et les plans osseux, on eût certainement trouvé, dans bon nombre de ces cas, des lésions osseuses spécifiques. Le groupe des syphilides post-traumatiques décrit plus haut, serait encore plus restreint qu'il ne l'apparaît actuellement.

Il s'agit, en général, de traumatismes de violence moyenne, déterminant des plaies au voisinage de plans osseux. Puis ces lésions évoluent anormalement : leur cicatrisation ne se fait pas et, au bout d'un temps variable, elles se présentent comme de véritables ulcérations, dont les caractères et les manifestations de voisinage permettent de faire soupçonner la nature syphilitique. Celle-ci est confirmée par l'examen général, la recherche des antécédents, l'étude des réactions sérologiques et surtout par le résultat du traitement spécifique.

Les lésions observées sont presque toujours du type tertiaire, et le fait n'a rien d'étonnant, si l'on veut bien songer qu'il s'agit, le plus souvent, de sujets syphilitiques anciens. Il a même permis à MM. Simon, Queyrat et M. Pinard de soutenir, avec raison semble-t-il, que les lésions spécifiques provoquées par

un traumatisme sont toujours du stade de l'infection auquel est parvenu le malade.

Les manifestations cutanées sont désignées, dans la majorité des cas, par des termes analogues : ce sont surtout des « *ulcérations syphilitiques* » ou des « *gommcs ulcérées* », très rarement des *syphilides tuberculeuses* ou *tuberculo-squameuses*. Notons également l'apparition de larges placards de *dermite pigmentée et purpurique*, dépassant largement l'étendue de l'ancienne lésion traumatique. Quant aux manifestations osseuses sous-jacentes, elles se présentent, le plus souvent, sous l'aspect de *périostites et de périostoses* déformant l'os parfois bien au-dessus des limites de la région traumatisée ; dans d'autres cas, les lésions sont plus importantes et on a affaire à de véritables *ostéites syphilitiques* ; la formation de *gommcs nettement circonscrites* en tissu osseux a été signalée d'une façon exceptionnelle.

Nous ne citerons pas de cas à propos de ce groupe de lésions, car trois des observations du Docteur Favre doivent lui être rattachés et elles sont suffisamment caractéristiques pour que nous n'ayons pas à les commenter.

En terminant, signalons que certains auteurs ont voulu faire, dans ce groupe, une distinction très nette entre le traumatisme unique, violent et le petit traumatisme fréquemment répété, professionnel par exemple. Certes, ce dernier est incriminé, le plus souvent, dans l'étiologie des lésions produites, cutanées et osseuses ; mais elles sont très comparables

dans les deux cas et leur distinction aussi tranchée ne mérite pas, à notre sens, d'être maintenue.

IV. — Lésions articulaires syphilitiques post-traumatiques

Ces lésions ont été signalées par Broca à la Société de Médecine légale, en octobre 1921, sous le nom d'arthrites syphilo-traumatiques. L'auteur estime que les traumatismes provoquent assez fréquemment, chez des syphilitiques, des manifestations articulaires spécifiques et en rapporte 9 observations, la plupart recueillies pendant la guerre. Il s'agit, dans un de ces cas, d'une pseudo tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne; dans les 8 autres, d'hydarthroses du genou. Le diagnostic de la nature syphilitique de ces lésions est, en l'absence de signes locaux spécifiques, fait uniquement sur la positivité de la réaction de Wassermann et sur le résultat du traitement d'épreuve.

Aussi, M. Cl. Simon, dans son étude sur la Syphilis post-traumatique, considère-t-il ces observations comme discutables, d'autant plus facilement qu'il n'a pas trouvé, dans la littérature, de cas analogues. L'existence d'arthrites syphilitiques apparaissant après des traumatismes, serait donc encore à démontrer.

Récemment, G. et R. Sorel ont étudié dans les *Annales de Médecine légale* (novembre 1926), les rapports entre le traumatisme et l'apparition d'arthrites syphilitiques, en envisageant surtout la ques-

tion au point de vue des accidents du travail. Ces auteurs concluent nettement en faveur de l'existence de localisations articulaires de la syphilis à l'occasion d'un traumatisme et à l'appui de leur affirmation, apportent deux observations personnelles et en signalent deux autres publiées par Morel-Bouhouse et Coutela. Nous rapporterons cette dernière, car elle nous semble la plus caractéristique :

Arthrite syphilitique traumatique (Coutela). — « Une jeune fille d'une douzaine d'années tombe dans les allées d'un jardin public : plaie superficielle de la région pré-rotulienne. Donc traumatisme indubitable. Cette plaie se complique d'hydarthrose du genou.

« Les téguments se cicatrisent rapidement, mais l'hydarthrose persiste. On pense à la tuberculose et on immobilise l'enfant dans un appareil plâtré. Trois mois après, je suis appelé pour des troubles oculaires; je constate une kératite interstitielle typique et je parle d'hérédo-syphilis. On pratique un examen du sang : résultats positifs. On institue un traitement énergique et tout rentre dans l'ordre.

« Une telle observation se passe de commentaires; elle a la valeur d'une expérience et démontre la réalité indiscutable des localisations articulaires de la syphilis à l'occasion d'un traumatisme. »

La réalité de telles lésions articulaires, grâce à ces faits, paraît donc établie. On peut cependant objecter que ce sont, de toutes les manifestations syphilitiques post-traumatiques, celles qui sont les plus rarement observées, bien que les articulations soient

exposées à des traumatismes fréquents, au même titre que les os et les téguments.

Cet argument n'est cependant pas sans réponse : il faut remarquer que dans presque tous les cas publiés, il s'agit de phénomènes articulaires se présentant cliniquement sous forme d'hyarthroses. Or il existe en pathologie toute une catégorie de lésions articulaires dites traumatiques et l'on peut très bien rechercher les causes de la rareté d'apparition d'arthrites syphilitiques post-traumatiques dans le seul fait qu'en présence de semblables lésions, surtout à forme hyarthrosique, on ait trop souvent tendance à se borner de les qualifier de traumatiques, sans chercher plus loin leur nature réelle et cela d'autant plus facilement qu'il n'existe pas la plupart du temps, de signes locaux permettant de songer à l'infection spécifique.

En terminant l'exposé de ce groupe de lésions, signalons que l'apparition d'arthropathies tabétiques est parfois observée après des traumatismes. Certains veulent en faire de véritables manifestations syphilitiques post-traumatiques ; mais en réalité les arthropathies tabétiques apparaissent le plus fréquemment de façon spontanée et nous ne croyons pas devoir, d'une manière générale, les ranger dans le cadre de notre étude.

V. — Traumatisme antérieur à l'infection syphilitique

Bien que ces lésions n'appartiennent pas à la Syphilis post-traumatique telle que nous l'avons défi-

nie au début de ce travail, nous croyons cependant intéressant de les signaler. Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les cas où le traumatisme, postérieur à la date de la contamination syphilitique, provoquait, localisait en son point d'application, l'infection existante.

Dans ce groupe, il s'agit au contraire de manifestations spécifiques apparaissant au cours de l'évolution d'une syphilis, exactement au niveau du point d'application d'un traumatisme ayant atteint le sujet bien avant l'époque de sa contamination syphilitique.

Les faits de cet ordre sont très rares; Cl. Simon en signale deux cas, l'un de Benicy, l'autre de Pasini. Dans le premier, il s'agit « d'un homme blessé en août 1870 par balle ayant déterminé une fracture du cubitus, qui contracta la syphilis en octobre 1871 et fut pris en avril 1875 de périostite gommeuse de l'avant-bras, qui récidiva et détermina une large ulcération. » L'autre concerne « un malade qui présentait en 1920 une gomme ulcérée de la jambe gauche ayant comme point d'origine un cal osseux tibio-péronier consécutif à une plaie comminutive par éclat de grenade, du tibia et du péroné. Le traumatisme était de 1916, la syphilis de 1920. »

Nous avons retrouvé deux observations de cet ordre citées dans la thèse de Picard (Nancy, 1904). L'une est personnelle à cet auteur et a trait à une ostéomyélite absolument typique du tibia, apparue 6 mois après un chancre, exactement au niveau d'un traumatisme important datant d'un an. L'autre est

due à Grant (*Edimb. Med. Journ.*, janvier 1888) : « Un homme de 29 ans était syphilitique depuis deux ans; sa syphilis était du reste bénigne. L'avulsion d'une dent amène une périostite aiguë bientôt suivie de lésions syphilitiques du maxillaire avec nécrose de ce maxillaire, du vomer et des os du nez, »

VI. — Syphilis post-traumatique oculaire

Nous nous proposons uniquement de signaler l'existence de cette localisation particulière des manifestations syphilitiques post-traumatiques et nous nous bornerons à rapporter l'essentiel des conclusions de la thèse d'un élève de Verneuil, Lalanne, « Syphilis et traumatisme en pathologie oculaire ». (Paris, 1880).

« Le traumatisme de l'œil peut y déterminer des accidents syphilitiques alors même qu'il survient chez des vérolés dont la diathèse est à l'état latent depuis une époque plus ou moins éloignée. La lésion provoquée par le traumatisme oculaire, accidentel ou chirurgical, est le plus souvent l'*iritis syphilitique* et l'influence de la diathèse syphilitique nous paraît démontrée. La nature spécifique de ces accidents ne peut être démontrée que par la rapidité avec laquelle ils disparaissent sous l'influence du traitement mercuriel. »

N'ayant fait aucune recherche sur ces manifestations oculaires ni demandé d'avis compétent, il ne nous appartient pas de formuler une appréciation

sur la valeur de ces constatations, mais nous avons tenu à les mentionner, car récemment certains auteurs ont attiré l'attention sur des faits de cet ordre. En particulier signalons le travail de M. Puscariu : « Cataracte sénile, syphilis latente et iritis plastique post-opératoire. » (*Arch. Ophthalm.*, février 1927, p. 117); l'auteur apporte les résultats d'une statistique où il observa que les sujets présentant 5 à 10 jours après une intervention pour cataracte sénile, un iritis, étaient des syphilitiques latents dans la proportion de 60 p. 100; la nature syphilitique de cet accident était démontrée par la rapide guérison à la suite du traitement au cyanure de mercure.

VII. — Traumatisme et syphilis nerveuse

L'influence du traumatisme sur l'apparition de certaines affections du système nerveux a été maintes fois observée et a fait l'objet de nombreux travaux, notamment à la suite de la guerre. La question reste cependant controversée car, dans beaucoup de ces cas, on se trouve en face de simples hypothèses, sans constatations précises pour les appuyer.

Aussi, bien que de nombreuses observations aient été publiées, dans lesquelles le traumatisme détermine l'éclosion de maladies du système nerveux à nature syphilitique ou en aggrave l'évolution, nous ne ferons que signaler de façon rapide ces faits que certains auteurs considèrent comme de véritables manifestations syphilitiques post-traumatiques.

Tabes et paralysie générale sont incontestablement les deux affections dont on relève le plus fréquemment l'apparition des symptômes de début après un traumatisme, en donnant à ce terme un sens très général; c'est le cas plus rarement d'autres manifestations de la Syphilis nerveuse, telles qu'*hémiplegie*, *épilepsie*, etc... Nous ne citerons pas de faits de cet ordre, certains sont discutables ainsi que les différentes pathogénies invoquées. Nous mentionnerons néanmoins la thèse de Vernant : « Traumatisme et syphilis nerveuse » (Paris, 1922), qui donne une idée suffisante de la question, et le rapport de MM. Parisot et Cornil : « Tabes et traumatisme périphérique », au 18^{me} Congrès français de Médecine (Nancy, 16 juillet 1925).

CHAPITRE IV

Pathogénie

Le mécanisme de la production des manifestations syphilitiques post-traumatiques a été très diversement interprété. Verneuil, dans ses premiers travaux, avait invoqué la vieille théorie du « *locus minoris resistentiæ* » créé par le traumatisme. Les éléments anatomiques sont endommagés, amoindris en leur résistance par des modifications circulatoires et deviennent ainsi une proie plus facile pour l'infection, qui s'y localiserait avec élection. Cette ancienne loi de pathologie générale conserve toute sa valeur et un certain nombre d'auteurs ayant risqué des théories pathogéniques sur la Syphilis post-traumatique, n'ont fait que l'adapter aux données nouvelles sur l'infection spécifique.

Pasini suppose que les tissus de néo-formation consécutifs au traumatisme, ne sont pas doués des mêmes propriétés biologiques que les tissus sains : ils seraient en particulier dépourvus d'immunité. Les

modifications apportées aux éléments anatomiques par le traumatisme, aboutiraient donc à la création de régions non immunisées où s'arrêteraient, par une véritable métastase, les trépomènes venus d'un foyer plus ou moins éloigné et véhiculés par le sang.

Reste la question de l'origine de ces trépomènes se localisant au niveau de la région traumatisée. Dans les cas d'infection syphilitique postérieure au traumatisme, les théories précédentes se conçoivent aisément : l'agent infectieux est alors transporté par la circulation sanguine, voire même lymphatique et on s'explique très bien son arrêt au lieu de moindre résistance ou de moindre immunité créé par le traumatisme. Mais ces cas sont d'une excessive rareté.

Pour ce qui est de la Syphilis post-traumatique telle que nous l'avons définie, le traumatisme étant bien postérieur à l'époque de la contamination syphilitique, diverses hypothèses ont été proposées.

Milian pense que la syphilis, comme les autres infections (tuberculose, lèpre), essaime de temps en temps des parasites dans la circulation générale, par de véritables poussées septicémiques et ceux-ci se localiseraient et pulluleraient en particulier dans les régions traumatisées, là où il y a interruption, ralentissement ou remous de la circulation capillaire. Cette théorie explique parfaitement les cas, rares d'ailleurs, de manifestations syphilitiques après un traumatisme survenu au cours de la période secondaire de l'infection. Les notions nouvelles de pathologie générale de la syphilis montrent en effet qu'il

existe souvent alors un très grand nombre de tréponèmes en circulation, un véritable état septicémique et dans ces cas, les manifestations syphilitiques sont généralisées et le traumatisme ne fait que les localiser, les concentrer en quelque sorte sur un point particulier.

Mais le plus souvent, le traumatisme porte sur des sujets très anciennement contaminés ou ayant une syphilis absolument latente. L'infection existe bien, certes, mais très ralentie et on ne conçoit guère à cette période les poussées septicémiques se traduisant uniquement au niveau de la région lésée.

Dans un très grand nombre de cas rapportés, et nous faisons remarquer que certaines des observations de M. le Docteur Favre rentrent dans ce cadre, il existe parallèlement aux lésions de la peau, des lésions osseuses. Parfois même, il est noté que les os présentaient des lésions syphilitiques antérieures au traumatisme. Cl. Simon pense que le traumatisme agit en mettant en liberté les tréponèmes jusque-là enfermés sous le manchon périosté. Il s'appuie sur une observation personnelle qui a presque la valeur d'une expérience. Il s'agit « d'un homme qui présentait des syphilides tuberculo-squameuses de la région cubitale gauche, qui s'étaient développées au niveau de la cicatrice d'une plaie par balle qui avait intéressé le cubitus. Or la radiographie montra que les deux cubitus étaient atteints de graves lésions de syphilis héréditaire. La balle, en érodant le cubitus gauche, avait mis en liberté des tréponèmes qui, gagnant de proche en proche, avaient atteint la cica-

trice et les téguments voisins. L'avant-bras droit qui n'avait reçu aucun traumatisme et dont cependant le cubitus était plus malade que son congénère, ne présentait pas de lésions cutanées. »

L'auteur appuie également son hypothèse sur des recherches expérimentales faites sur le singe par Neisser, Barmann, Bruck, Halberstadter, Schereschewsky, qui ont montré que les tissus les plus favorables à la conservation des spirochètes sont les organes hématopoïétiques et surtout la moëlle osseuse.

Mais il existe des cas où le traumatisme n'intéresse que les parties molles, le mollet par exemple. Cl. Simon pense que le traumatisme a porté sur des points où vivaient, d'une vie ralentie, des tréponèmes. Il voit une preuve clinique de cette hypothèse dans une des observation de Klander où une gomme se développe, à la suite d'un traumatisme *in situ*, sur la cicatrice d'une gomme ulcérée antérieurement. On peut sans doute objecter que ce fait est exceptionnel et que presque toujours le traumatisme porte sur des régions indemnes de toute trace de lésions syphilitiques. Mais l'auteur répond en citant de nombreux travaux montrant que les tréponèmes peuvent se conserver dans les tissus les plus variés de l'organisme pendant les périodes de latence de l'infection syphilitique : en particulier après une éruption secondaire généralisée, les tréponèmes continuent à vivre en saprophytes dans des territoires tégumentaires, alors que l'éruption est guérie depuis longtemps, deux ans dans quelques cas,

Si le traumatisme vient à porter sur un de ces foyers, il pourra déterminer l'apparition d'une manifestation syphilitique. Cette théorie des foyers locaux de tréponèmes momentanément saprophytes, explique les cas où le malade subit des traumatismes multiples et ne présente cependant qu'en un point, des syphilides, celui précisément où se trouvait un des foyers. Elle explique enfin la rareté de la Syphilis post-traumatique, eu égard à la fréquence des traumatismes observés chez les syphilitiques, surtout pendant la guerre.

En terminant cet exposé rapide des différentes théories émises, nous faisons remarquer qu'elles présentent entre elles certains points communs et qu'on peut se faire, en les réunissant, une conception de la pathogénie de ces manifestations. Un traumatisme, surtout s'il porte sur un foyer latent de tréponèmes, plus souvent osseux que tégumentaire, peut facilement, après libération de ceux-ci, créer un terrain favorable à leur développement, grâce aux désordres apportés aux éléments anatomiques. Si le traumatisme porte sur une région indemne, il créera cependant un lieu de moindre résistance ou de moindre immunité, les deux termes ont dans ce cas la même valeur, et l'agent infectieux, véhiculé par le sang dans des circonstances encore mal expliquées, viendra s'y localiser et y produire des manifestations spécifiques.

Peut-être ces théories ne sont-elles que provisoires : l'expérimentation est difficile et bien que Tarnowsky ait prétendu avoir obtenu l'apparition de

papules syphilitiques en des points soumis à des irritations superficielles, elles n'ont jamais pu être reproduites par d'autres auteurs. Ces hypothèses, appuyées par quelques faits cliniques et quelques constatations microscopiques, peuvent toutes être défendues; mais nous pensons qu'il convient, avant de se prononcer définitivement sur leur valeur, d'attendre des données plus précises sur la pathologie générale de la Syphilis.

CHAPITRE V

Données pratiques

Dans ce court chapitre, nous nous proposons, en terminant cette étude, d'exposer sommairement ce qui doit rester, au point de vue pratique, de la question de la Syphilis post-traumatique. Nous aborderons également quelques éléments du diagnostic, sans vouloir envisager d'une façon complète tout le diagnostic différentiel des manifestations syphilitiques post-traumatiques; elles sont d'ailleurs au point de vue clinique, semblables aux lésions de même nature à apparition spontanée et nous ne pourrions apporter aucun élément nouveau sur ce sujet.

Toutes les observations publiées présentent entre elles certains caractères d'analogie et peuvent se résumer de la façon suivante :

Traumatisme d'intensité variable chez un syphilitique dont la plupart du temps, l'infection est ignorée ou méconnue. Secondairement, après une période

plus ou moins longue, évolution anormale des lésions produites et apparition à leur niveau de manifestations diverses, disproportionnées, non en rapport avec le traumatisme initial. La nature syphilitique de ces accidents est en général difficile à reconnaître et ce n'est que devant l'échec des thérapeutiques habituelles, tous les auteurs insistent sur ce point, que l'on cherche si un autre facteur ne viendrait pas modifier les conditions de la guérison.

La notion confirmée de la Syphilis post-traumatique, conduit donc, en face de l'évolution anormale de lésions traumatiques tégumentaires, osseuses ou articulaires, à la nécessité de pratiquer un examen minutieux et complet afin de rechercher si une infection, parfois très ancienne, héréditaire même, ne serait pas la cause réelle de ces phénomènes, le traumatisme n'ayant là qu'une influence provocatrice, localisatrice.

L'aspect des lésions tégumentaires, leur évolution, les phénomènes douloureux spontanés, à prédominance nocturne, permettront parfois à eux seuls de faire songer à la syphilis. Nous avons montré combien étaient fréquentes les lésions osseuses sous-jacentes aux manifestations cutanées traumatiques; leur importance et leurs caractères échappent souvent au simple examen clinique et la radiographie apporte alors un élément précieux du diagnostic, en montrant des périostites et des ostéites absolument caractéristiques dépassant parfois largement l'étendue de la région traumatisée. L'apparition souvent précoce, d'une dermite pigmentée et purpurique et de

lésions leucodermiques, est encore un témoignage certain de l'infection syphilitique.

L'examen général enfin permet parfois de déceler au niveau d'autres appareils, des symptômes d'une atteinte spécifique. Nous ne pouvons évidemment les passer tous en revue, mais nous signalerons particulièrement les modifications (diminution ou abolition) de certains réflexes tendineux ou du réflexe photomoteur, qui ont contribué au diagnostic dans deux des observations du Docteur Favre.

Les réactions sérologiques peuvent être d'un grand secours à cet examen clinique; il ne convient cependant pas de leur attacher un caractère de certitude absolue et d'éliminer aussitôt la syphilis devant une réaction de Wassermann négative. Souvent il s'agit d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis ancienne parvenue à la période tertiaire après une évolution discrète et on sait combien dans ces cas, le contrôle apporté au diagnostic par la réaction de Wassermann est de valeur incertaine.

Dans un grand nombre de cas, on se trouve en présence d'une syphilis acquise ou héréditaire, ignorée du malade et les antécédents ne donnent souvent pas les résultats attendus. Leur recherche, particulièrement au point de vue familial, est cependant importante et nous rappelons que dans une des observations de M. le Professeur Agrégé Favre, ce sont les lésions syphilitiques nasales de la femme du malade, ainsi que la notion de deux fausses couches et de deux enfants morts en bas âge, qui attirèrent l'attention. Dans une autre observation, c'est

l'existence d'un tabes chez le père qui souleva la question d'une imprégnation spécifique chez le fils.

Enfin l'épreuve du traitement antisypilitique viendra sanctionner, par ses merveilleux résultats, la découverte de la nature réelle de ces lésions traumatiques : évoluant souvent depuis des mois, résistant aux thérapeutiques habituelles, elles pourront guérir très rapidement en quelques semaines.

Certains auteurs, mettant en pratique ces notions nouvelles, traitent d'emblée par la médication anti-sypilitique, tous les malades porteurs de lésions traumatiques à évolution anormale, alors même que l'examen clinique ne leur révèle aucun signe de syphilis. Au cours de la guerre, Chaput fut un des premiers à agir de cette manière. « Malgré la fréquence extrême des syphilis diagnostiquées, écrivait-il, nous méconnaissions cette maladie dans un nombre considérable de cas. J'ai l'habitude d'essayer le traitement spécifique pour toutes les tumeurs inopérables et quelquefois pour celles qui sont opérables; je l'essaie aussi pour les arthrites chroniques suppurées ou non, et surtout pour toutes les plaies et ulcérations rebelles. » (*Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, 10 juillet 1916, p. 506).

L'idée n'est certes pas nouvelle et on la retrouve chez les anciens chirurgiens, pénétrés de l'influence des maladies constitutionnelles et des états diathésiques sur la guérison des plaies. Jean-Louis Petit, à ce propos, s'explimait ainsi : « J'ai vu périr dans les hôpitaux un grand nombre de blessés qui seraient guéris si, au lieu de les noyer d'apozèmes ou de les

brûler avec des cordiaux, on s'était avisé de leur faire des frictions mercurielles dont ils avaient besoin. » (*Œuvres de Chirurgie*, parues en 1774, T. III, p. 127).

Pourquoi ces notions anciennes, reprises plus près de nous par Verneuil, puis par Fournier, n'acquirent-elles que tout récemment l'importance qu'elles méritaient ? Nous ne saurions guère l'expliquer. Mais en terminant, nous estimons que c'est dans ces résultats thérapeutiques qu'il faut rechercher l'aboutissant pratique de toute cette question, un moment si controversée. La notion de l'existence des manifestations syphilitiques post-traumatiques, que nous avons cherché, après bien d'autres, à démontrer surtout par des faits cliniques, mérite de devenir une acquisition définitive en Syphiligraphie et permettra par la suite d'obtenir la guérison de ces lésions, irréalisable sans la connaissance de leur nature réelle.

Conclusions

I. — Le traumatisme peut indiscutablement provoquer, chez des sujets syphilitiques, l'apparition de manifestations spécifiques en son point d'application : ces lésions constituent la Syphilis post-traumatique. Le terme traumatique doit être entendu au sens de traumatisme externe dans toutes ses modalités.

II. — Les localisations les plus fréquentes s'observent au niveau des téguments et des os atteints par l'agent vulnérant, plus rarement au niveau des articulations.

III. — Les manifestations cliniques de la Syphilis post-traumatique sont des plus variées ; elles appartiennent en général au type tertiaire de l'infection et peuvent être groupées de la façon suivante :

1° Les syphilides post-traumatiques cutanées, le plus souvent ulcéreuses ou gommeuses, plus rarement tuberculeuses ou tuberculo-squameuses ;

2° Les lésions osseuses syphilitiques post-trauma-

tiques : périostites et périostoses, ostéïtes, pseudarthroses;

3° Les lésions syphilitiques atteignant à la fois l'os et le tégument traumatisés;

4° Les arthrites syphilitiques post-traumatiques;

5° Les lésions syphilitiques évoluant au niveau d'une région traumatisée antérieurement à la date de la contamination spécifique.

IV. — La notion de Syphilis post-traumatique en pathologie viscérale est loin d'être aussi bien connue qu'en pathologie cutanée ou osseuse par exemple. Il y aura lieu désormais chez des malades atteints de lésions syphilitiques viscérales de rechercher la part que pourrait prendre éventuellement dans l'apparition de ces accidents, le traumatisme conçu de la façon par laquelle nous l'avons défini. Certaines syphilis cérébro-médullaires paraissent bien être des exemples incontestables de Syphilis post-traumatique.

V. — Diverses hypothèses ont été proposées pour expliquer l'apparition de lésions syphilitiques en des points traumatisés :

1° Le traumatisme peut créer en son point d'application un lieu de moindre résistance ou de moindre immunité où se localiserait avec élection l'infection spécifique;

2° Des faits cliniques et expérimentaux ayant montré l'existence de foyers latents de tréponèmes dans les os et les téguments, on peut supposer que

le traumatisme agit en libérant ces foyers et en créant des désordres anatomiques facilitant leur développement.

Ainsi s'expliquerait la rareté d'apparition de la Syphilis post-traumatique et le fait que chez un même sujet, des traumatismes multiples ne peuvent provoquer parfois qu'une seule manifestation spécifique.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NICOLAS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 Octobre 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

Travaux antérieurs à la guerre de 1914

- AMBROSILI. — Syphilis constitutionnelle et lésions traumatiques. *Gaz. Méd. de Paris*, 1865, p. 824.
- BENICY. — Syphilis et traumatisme. *Thèse de Paris*, 1879.
- CREPIN. — Syphilis et irritation. *Thèse de Lille*, 1903.
- DREYER. — Syphilis und trauma. *Monatss f. Unfallkeit*, oct. 1889, tome VI, p. 361.
- DRON. — Influence de la syphilis sur les plaies et les fractures. *Congrès de Nantes*, 1875, p. 1139.
- DUSTERHOFF. — Der Einfluss der Syphilis auf der Verlauf der Kriegs verletzungen. *Arch. klin. Chir.*, 1878, XXII, p. 637 et 901.
- FEDON et COMBEMALE. — Traumatisme réveillant une syphilis ignorée. *Montpellier Médical*, janv. 1888, p. 28.
- FOLINÉA. — Lesioni traumatiche nei sifilitici. *Giorn. ital. d. scienze Méd.*, 1879, p. 1154
- FOURNIER. — *Traité de la Syphilis, période tertiaire.* Tome II, fasc. I, p. 16.
- GAMBERINI. — Il traumatismo in rapporto colla sifilide. *Giorn. ital. delle mal. vener.*, fév. 1879, p. 1.
- GELLÉ. — Des fractures chez les syphilitiques. *Thèse de Paris*, 1884.
- GUILLEMIN. — Lésions traumatiques modifiées par la syphilis. *Gaz. hebdomadaire*, juill. 1863, p. 472.

- HAAN. — Syphilis et irritation de cause externe traumatique. *Journ. des mal. cut. et syphil.*, 1897, p. 535.
- LALANNE. — Syphilis et traumatisme en pathologie oculaire. *Thèse de Paris*, 1880.
- MALECOT. — Accidents tardifs de la syphilis apparaissant en d'anciens foyers traumatiques. *Annal. de dermat.*, 1882, p. 228.
- MILIAN. — Syphilis et accidents du travail. *Progrès Méd.* oct. 1908, p. 481.
- OZENNE. — Histoire des syphilides traumatiques. *Union Méd.*, mars 1883, p. 445.
- PETIT. — De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme. *Thèse de Paris*, 1875.
- PICARD. — Ostéo-myélite syphilitique des os longs. *Thèse de Nancy*, 1904.
- PICQUÉ. — Syphilis et traumatisme. *Gaz. Méd. Paris*, août 1884, p. 373.
- STERN. — Trauma und syphilis. *Wiener klin. Rundschau*, oct. 1902, p. 809.
- STOLPER. — Die Beziehungen zwischen syphilis und trauma. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1902, tome LXV, p. 117.
- STOLPER. — Syphilis und Unfall. *Mon. f. Unfall, u. Inval.*, 15 oct. 1905, p. 297.
- VERNEUIL. — Syphilis et traumatisme. *Gaz. hebdomadaire*, 1863, p. 134.
- VERNEUIL. — Syphilis et traumatisme. *Revue de Méd. et Chir.*, 1879, p. 334.
- VERNEUIL. — *Mémoires de Chirurgie*. Tome V., 1888, p. 497.
- VERNEUIL. — Du traumatisme dans la syphilis. *Encycl. internat. de Chir.*, tome I, p. 143.
- VIGNOLO-LUTATI. — Syphilis tardive en considérant l'influence du traumatisme à la période de latence. *Dermat. centralblatt.*, août 1912, p. 354.

Travaux postérieurs à 1914

- ARTOM. — Contributo allo studio della cosiddetta sifilide traumatica. *Rass. interna. di clin. e terap.*, 1924, p. 553.
- BARTHÉLEMY. — Syphilis osseuse et accidents du travail. *Soc. Dermat. et Syphil.*, 10 juin 1926, p. 421.
- BORY. — Syphilis et plaies de guerre. *Ann. Mal. vénér.*, 1916, p. 206.
- BROCA. — Arthrites syphilo-traumatiques. *Soc. Méd. légale*, oct. 1921, p. 139.
- CAPGRAS et BRIAU. — Traumatismes et démences syphilitiques. *Soc. clin. méd. mentale*, 16 déc. 1926.
- CHAPUT. — De la fréquence des syphilis méconnues. *Journ. méd. et chir. pratiques*, 10 juillet 1916, p. 507.
- COUTELA. — Arthrite syphilitique traumatique. *Annal. méd. légale*, novemb. 1926.
- GIACARDY et LODÉON. — Syphilide ulcéreuse traumatique du pied. *Soc. Dermat. et Syphil.*, 10 juin 1926, p. 430.
- GOUBEAU. — Traumatisme et syphilis. *Bull. Soc. Méd. Paris*, 1919-20, p. 332.
- GOUGEROT. — Syphilides gommeuses ulcéreuses consécutives à des injections médicamenteuses. *Ann. mal. vénér.*, XVIII, 1923, p. 783.
- GOUGEROT. — Syphilides gommeuses post-traumatiques. *Journ. des prat.*, 13 juin 1925, p. 24.
- GOUGEROT et CLARA. — Syphilis post-traumatique. *Journ. méd. fr.*, VII, 1918, p. 216.
- GOUGEROT et FILLIOL. — Syphilis gommeuse post-traumatique. *Soc. Dermat. et Syphil.*, 9 déc. 1926, p. 688.

- GOUGEROT et GIBSON. — Gomme osseuse post-traumatique. *Rev. fr. Dermat. et Vénér.*, 11 mars 1926, p. 175.
- HALBRON et BARTHÉLEMY. — Traumatisme et localisation de la syphilis. *Ann. mal. vénér.*, juillet 1923, p. 526.
- HANSCHALL. — Skin trauma that won't heal and syphilis. *St. Bartholomews Hosp. Journ.*, XXXI, 1923-24, p. 178.
- HERB. — Traumatisme et syphilis. *Urol. et cut. review*, XXVI, 1922, p. 545.
- JULY. — Contribution à l'étude de la syphilis traumatique. *Thèse de Paris*, 1925.
- KLANDER. — Syphilis and trauma. — *J. Amer. Med. assoc.*, 1922, p. 1029.
- LACAPÈRE et LAURENT. — Influence du traumatisme sur les localisations de la syphilis. *Paris Médical*, VIII, 1918, p. 94.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Fractures et arthropathies tabétiques post-traumatiques. *Soc. méd. légale*, 9 mars 1925.
- LAPOINTE et MARBAIS. — Blessures de guerre et dégénérescence syphilitique du foie. *Soc. de Biologie*, LXXXI, 1918, p. 1111.
- LERIGYEL. — Syphilis et traumatisme. *Clujul méd.*, IV, 1923, p. 103.
- LESTACHE. — Traumatisme et syphilis dans l'enfance. *La pediatria espanola*, 1921, p. 42.
- LEUZMANN. — Trauma et syphilis. *Fortschr. d. Méd.*, XXXVIII, 1921, p. 337.
- LÉVY et GÉLY. — Gomme syphilitique traumatique. *Soc. méd. Hôp. Paris*, 8 juin 1917, p. 771.
- LORTAT-JACOB. — Communication. *Soc. Dermat. et Syphil.*, 9 décembre 1926, p. 689.

- MAY. — Sifilis ignoradas reveladas por pequenas traumatismos profesionales. *An. de la Fac. de Montevideo*, janv. 1923, p. 26.
- MENNINGER. — Complications des plaies chez les syphilitiques. *Amer. Journ. of syphilis*, juillet 1925, p. 445.
- MILIAN. — Communication. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 13 mars 1919, p. 61.
- MILIAN. — Syphilis traumatique. *Rev. dermat. et vénér.*, oct. 1926, p. 496.
- MILIAN. — La syphilis en 1926. *Paris Médical*, 5 mars 1927, p. 214.
- MILIAN et LOTTE. — Syphilis ulcéro-gommeuse traumatique. *Soc. fr. Derm. et Syphil.*, 11 mars 1926, p. 175.
- MILIAN et LOTTE. — Syphilis traumatique. *Ibidem*, 15 avril 1926, p. 337.
- MILIAN et PÉRIN. — Syphilis traumatique. *Ibidem*, 10 mai 1926, p. 375.
- MINET et GAUDIER. — Blessures de guerre et syphilis. *Rev. int. méd. et chir.*, 1923, XXXIV, p. 152.
- MINET et GAUDIER. — Blessures de guerre et syphilis. *Médecin français*, XVII, sept. 1924, p. 117.
- MOREL et BOUHOUSE. — Arthrite syphilitique traumatique. *Soc. Méd. de Toulouse*, janvier 1926.
- NIJKERK. — A case of syphilitic gummas at points of contusions. *Nederl. Tijdschr. v. geneesk*, 1925, XIX, p. 26.
- NYSSSEN et VAN BOGAERT. — Traumatismes craniens et localisations encéphaliques de la syphilis. *Rev. neurol.*, I, 1925, p. 701.
- OETTINGER. — Ostéopathie consécutive à un traumatisme chez un syphilitique. *Soc. méd. légale*, VIII, 1921, p. 99.
- PACTET et ROBIN. — P. G. et traumatisme. *Ann. méd. psych.*, décemb. 1921, p. 102.

- PAGE. — Relation of syphilis to trauma. *Southern med. j.*, mars 1925, p. 206.
- PARISOT et CORNIL. — Arthropathie tabétique traumatique. *Gaz. des Hôp.*, 1925, p. 1094.
- PASINI. — Syphilide e trauma. *Giorn. ital. d. mal. vénér. e d pelle*, LXII, 1921, p. 102.
- PETGES et GAUTHIER. — Traumatisme et syphilis. *Soc. méd. de Bordeaux*, 17 juin 1926.
- PUSCARIU. — Cataracte sénile, syphilis latente et iritis post-opératoire. *Arch. ophtalm.*, février 1927, p. 117.
- RAILLIET. — Petits traumatismes et localisations de la syphilis. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, LXIII, p. 677.
- ROGER et REBOUL-LACHAUX. — Arthropathie vertébrale tabétique et traumatisme. *Com. méd. des Bouches-du-Rhône*, 6 janv. 1924.
- SIMON (Cl.). — Traumatisme et syphilide in situ. *Soc.Dermat. et Syphil.*, 10 février 1921, p. 82.
- SIMON. — Questions actuelles de Syphiligraphie, 1926, p. 42.
- SIMON. — Syphilis traumatique.. Réunion dermat., Strasbourg, 16 mai 1926, p. 549.
- SIMON. — Syphilis traumatique. *Acta derm. vener.*, III, fasc. I, p. 7.
- SOREL. — Arthrites syphilitiques et traumatisme. *Annal. méd. légale*, nov. 1926.
- THIBIERGE. — Traumatisme et syphilides cutanées. *Gaz. Hôp.*, n° 5, janv. 1925.
- TOMMASI. — Rapporti fra sifilide e traumi. *Giorn. ital. d. derm.*, 1925, XVI, p. 905.
- TOMPEER. — Rôle du trauma sur les lésions syphilitiques. *J. amer. ass. méd.*, 1922, LXXVIII, p. 185.
- TOUSSAINT. — Localisation de la syphilis à la suite de coups de feu. *Bull. Soc. de chir.*, 11 févr. 1915, p. 477.

- TOUSSAINT. — Réveil du microbisme latent syphilitique au cours du traitement des plaies par armes à feu. *Ibidem*, 3 nov. 1915, p. 2056.
- VERGER et LAUDE. — Tabes et accidents du travail. *Gaz. des Hôp.*, 1924, p. 835.
- VERNANT. — Traumatisme et syphilis nerveuse. *Thèse de Paris*, 1922.
- VIETS. — Syphilis and trauma. *Boston med. a surg. Journ.*, CLXXXIX, 1923, p. 457.
- VIGNOLO-LUTATI. — Syphilis latente et traumatisme de guerre. *Il Policlinico*, février 1918, p. 149.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Définition, Considérations générales et historiques.....	11
<i>Chapitre II.</i> — Observations.....	19
<i>Chapitre III.</i> — Etude clinique et classification des lésions syphilitiques post-traumatiques	33
<i>Chapitre IV.</i> — Pathogénie	49
<i>Chapitre V.</i> — Données pratiques	55
Conclusions.....	61
Bibliographie	65
